



Corentin-Celton  
Hôpital européen Georges-Pompidou  
Vaugirard - Gabriel-Pallex



# L'entrepôt de données cliniques comme nouvel acteur du codage partagé : l'exemple de la dénutrition à l'hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France

Vincent Looten, Jérôme Gariépy, Marie Simon, Virginie Villey,  
Anita Burgun, Gilles Chatellier

 **émois** Mars 2019

# INTRODUCTION (1)

- L'organisation des unités de codage PMSI en France influence la qualité des données médico-administratives.
- Les 2 organisations du codage les + fréquentes sont :
  - **codage centralisé**, opéré par une équipe de spécialistes PMSI
  - **codage décentralisé** opéré par les praticiens en charge des patients et complété par l'équipe du DIM qui assure l'optimisation.
- Une troisième voie d'organisation consiste à proposer un **codage partagé (1)** :
  - chaque acteur de l'hôpital participe à son niveau au codage de ses activités :
  - le chirurgien code les actes, le diététicien code la dénutrition, etc.

(1) J. Gariépy, G. Chatellier, A. Bernard, A. Carbonne, O. Gachet, A. Hégoburu, D. Heudes. Amélioration du codage diagnostique PMSI par le codage « partagé », Paris, France. RESP 2013. 10.1016/j.respe.2013.01.043

# INTRODUCTION (2)

- Entrepôt de données hospitalier => un nouvel acteur du codage partagé ?
- Exemple de la dénutrition :
  - Intérêt de l'implication des diététiciens déjà montré (1) (ce qui est fait à l'HEGP)
  - Mais défaut de codage lié à une difficulté d'accès à l'information (2)

(1) C. Duval, C. Cardoso, A.-L. Dardenne, B. Just. Intérêt du codage de la dénutrition par les diététiciennes. RESP 2011. 10.1016/S0985-0562(11)70182-0

(2) S. Estran, K. Tifratene, C. Barthélémi, P.-M. Roger, X. Hébuterne, S. Schneider. Déterminants du défaut de codage de la dénutrition dans un service de médecine. Nutrition Clinique et Métabolisme 2016. 10.1016/j.nupar.2016.04.043

# OBJECTIF

Etudier la place que peut occuper un **entrepôt de données cliniques** pour l'aide au codage de la dénutrition, dans le cadre d'un hôpital ayant déjà optimisé son circuit de codage.

# METHODES (1)

- **Nous avons inclus :**
  - tous les patients hospitalisés à l'Hôpital européen Georges-Pompidou,
  - entre janvier et juin 2017 ,
  - pour une durée de quatre jours et plus,
  - ayant un niveau de sévérité de GHM inférieur à 3.
- **Nous n'avons pas inclus :**
  - les patients décédés dans le mois suivant la date de début de séjour,
  - les séjours avec GHM en T ou en Z ,
  - et les séjours déjà codés.

# METHODES (2)

Sélection des patients sur la base des critères clinico-biologiques issus de la définition de la dénutrition de l'ANAES de 2003 :

- % de perte de poids à un mois et à six mois ,
- indice de masse pondérale (IMC) ,
- préalbuminémie et albuminémie.

# METHODES (3)

## **Entrepôt hospitalier de données cliniques :**

- contenant toutes les données du dossier patient informatisé
- mise en place en 2008 mais contenant les données depuis 2000
- mise à jour hebdomadaire permettant d'avoir des données inframensuelles

## **Interrogation de l'entrepôt pour la dénutrition :**

- utilisation de données structurées uniquement (pas d'interprétation, application objective)
- utilisation des données de séjours antérieurs pour les variations de poids (ne capture que les patients chroniques suivis à l'hôpital)
- interrogation via une requête SQL retournant la liste des séjours concernés avec les critères ANAES retrouvés

# RESULTATS généraux

- 347 séjours respectaient les critères d'inclusion
- La requête s'exécute sur l'entrepôt de données en 20 min
- 180 séjours ont été corrigés
  - dont 143 séjours avec ajout du code «dénutrition»
- Valorisation :
  - Avant recodage : 1 632 686€
  - Gain du recodage : 358 331€ (+ 22 %)



# RESULTATS : comparaison séjours recodés / non recodés

	Séjours non corrigés (N=167)	Séjours corrigés (N=180)	p value
<b>GHM Médical</b>	92 (55,1%)	104 (57,8%)	0,647
<b>Principales CMD</b>			0,04
- <b>CMD 05</b>	59 (35,3%)	39 (21,7%)	
- <b>CMD 06</b>	22 (13,2%)	34 (18,9%)	
- <b>CMD 11</b>	19 (11,4%)	16 (8,9%)	
- <b>CMD 04</b>	12 (7,2%)	16 (8,9%)	
- <b>AUTRES</b>	56 (33,5%)	75 (41,7%)	
<b>Valorisation AVANT recodage</b>	800 610 €	832 076 €	0,652

# RESULTATS : répartition des gains

Caractéristiques	Nombre de séjours concernés (N=180)	Valorisation (Gain total : 358 331€ )
<b>GHM :</b>		
- Médical	104 (57,8%)	154 504 € (43,1%)
- Chirurgical	76 (42,2%)	203 828 € (56,9%)
<b>Principales CMD</b>		
- CMD 05	39 (21,7%)	67 261 € (18,8%)
- CMD 06	34 (18,9%)	69 315 € (19,3%)
- CMD 11	16 (8,9%)	38 534 € (10,8%)
- CMD 04	16 (8,9%)	25 474 € (7,1%)
<b>Code de dénutrition ajouté</b>		
- Oui	143 (79,4%)	291 183 € (81,3 %)
- Non	37 (20,6%)	67 149 € (18,7%)

# DISCUSSION

- Le recours à des interrogations simples d'un entrepôt de données peut permettre de dégager rapidement de la valeur lorsque :
  - **DPI et entrepôt sont accessibles et maîtrisés par le DIM,**
  - **Coopération avec le CLAN déjà en place.**
- Une partie du gain obtenu s'explique par les critères de repérage : les patients candidats sont des patients ayant des comorbidités importantes en sus de la dénutrition.
- L'analyse des gains n'apporte pas d'autre piste pour améliorer les critères de sélection de la requête

# CONCLUSION

- Le codage partagé a l'avantage d'assurer un équilibre entre un codage de qualité et une charge de travail répartie entre les différentes équipes.
- Les entrepôts de données seront un appoint fort, sans recours obligatoire à des méthodes d'exploitation avancées.